

# 健康保険 限度額適用認定 申請書

|      |     |     |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|------|-----|-----|

※マイナンバー保険証を利用すれば、限度額適用認定証の事前申請は不要となります。  
(但し低所得者の区分適用を受ける場合は、限度額適用認定の申請が必要です)

※厚労省保険課の通知に基づき、「申請日」(申請書を提出した日)が属する月の1日から有効の証を交付します。  
例:申請日が4月6日の場合  
有効期限 = 4月1日~6月30日 の3か月間

|                  |       |   |        |              |                 |          |             |
|------------------|-------|---|--------|--------------|-----------------|----------|-------------|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被保険者証 | 記号  | 1 3 ** | 番号           | 1 2 3 ***       | 申請日      | ※           |
|                  | 氏名    | 横浜 健一朗  |        |              |                 | 令和       | 3 年 4 月 6 日 |
|                  | 住所    | (〒 310 - 00** ) 茨城県水戸市**町 123-4 YRC マンション 202 |        |              |                 | 勤務先(工場名) | 横浜ゴム 茨城工場   |
|                  |       |   |        | 電話番号(日中の連絡先) | 090 (12**) 34** |          |             |

※ 「限度額適用認定証」の有効期限は、原則として「申請日」が属する月の1日から3ヶ月間です。

|             |         |    |       |    |    |             |  |
|-------------|---------|----|-------|----|----|-------------|--|
| 対<br>象<br>者 | 療養を受ける方 | 氏名 | 横浜 康史 | 続柄 | 長男 | 生年月日        | 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> |
|             |         |    |       |    |    | 9 年 8 月 7 日 |  |

|                       |  |   |  |  |  |  |  |
|-----------------------|--|---|--|--|--|--|--|
| 希<br>望<br>送<br>付<br>先 | 交付した「限度額適用認定証」は、上記「被保険者」欄に記載した住所(住所)に送付を希望する場合にご記入ください。<br>※入院先医療機関への直送を希望する場合、必ず医療機関の許可を得て、宛名の記入方法等を確認してください。 |   |  |  |  |  |  |
|                       | 住所   | 該当の年号に <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> を付けてください  |  |  |  |  |  |
|                       | 受取人氏名  | 限度証は、自宅(被保険者住所)宛てに発送します。<br>自宅では受け取れない場合等はご希望の送付先を記入してください。<br>※医療機関への直送を希望する場合は、必ず許可を得て、正しい送付先を確認してください。(医事課**様宛、**病棟*階宛等) |  |  |  |  |  |

|                            |  |     |     |  |  |  |          |  |
|----------------------------|--|-----|-----|--|--|--|----------|--|
| 申<br>請<br>代<br>行<br>者<br>欄 | 「申請代行者欄」は、被保険者および療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。 |     |     |  |  |  |          |  |
|                            | 氏名   |     |     |  |  |  | 被保険者との関係 |  |
|                            | 電話番号(日中の連絡先)                                 | TEL | ( ) |  |  |  | 申請代行の理由  | <input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |

\*既に会計が済んでいる場合は「限度額認定証」を提示しても返金が受けられない場合があります。医療機関様へ返金の可否を確認してから申請してください。なお、医療機関で精算しなかった場合でも、後日健保組合から「高額療養費」として支給されますので、最終的なご本人の負担は同じになります。(健保からの「高額療養費支給」は約3か月後に自動還付の為請求手続きは不要です)

\*医療機関の窓口で支払った一部負担金が「高額療養費」に該当しない場合は、限度額認定証を提示しても窓口で支払う額は変わりません。(限度額認定証の効果はありません) 高額療養費の上限は収入によって異なります。(窓口支払額:約25万円~約6万円までの4段階) 詳細は健保組合のホームページ「医療が高額になったとき」でご確認ください。

|        |   |
|--------|---|
| 請<br>先 | TEL: 03-5400-4545 FAX: 03-3459-4557<br>※緊急の場合はFAXでも受付します。 |
|--------|---|